

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1922

THÈSE N°

pour

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

Contribution à l'étude de la Salpingite tuberculeuse

Résultats éloignés du traitement chirurgical

Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Broca

PAR

Léon GHINIS

Président : M. le Professeur J.-L. FAURE

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

Doyen	M. ROGER
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	F. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	GOSSET
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LA PERSONNE
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU

Agrégués en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	FIESSINGER	LARDENNOIS	RATHERY
BASSET	GARNIER	LE LORIER	RETTERER
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEQUEUX	RICHAUD
BRANCA	GUENIOT	LEREBoullet	ROUSSY
CAMUS	GUILLAIN	LERI	ROUVIERE
CHAMPY	GUILLEMINT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TANON
CHIRAY	JOYEUX	METZGER	TERRIEN
CLERC	LABBÉ HENRI	MOCQUOT	TIFFENEAU
DEBRE	LAIGNEL-LAVAS-	MULON	VILLARET
DESMAREST	TINE	OKINCZYK	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY

Chef des travaux gynécologiques à l'hôpital Broca

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, qu'il veuille bien trouver
ici notre bien vive reconnais-
sance et accepter tous nos plus
sincères remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOSSE

Chef de Clinique à l'hôpital Broca

Qui nous a toujours montré un
intérêt et une sympathie toute
particulière. Nous l'assurons de
notre profonde reconnaissance.

A NOTRE VÉNÉRÉ MAÎTRE ET PRÉSIDENT
DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

*Professeur de clinique gynécologique à la Faculté
de Médecine de Paris*

Chirurgien de l'hôpital Broca

Officier de la légion d'honneur

Avec l'expression de notre profond
respect et l'hommage de nos
remerciements.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. :

HARTMANN, professeur de clinique chirurgicale, hôpital
Hôtel-Dieu.

WIART, chirurgien des hôpitaux.

MOSNY (in memoriam), médecin des hôpitaux, hôpital
Saint-Antoine.

CLAUDE (Henri), professeur, médecin à l'hôpital Saint-
Antoine.

DALCHÉ, médecin gynécologiste, à l'hôpital Hôtel-Dieu.

COUVELAIRE, professeur d'accouchement à l'hôpital
Baudeloque.

MAUCLAIRE, agrégé, chirurgien à l'hôpital Pitié.

THIROLOIX, agrégé, médecin à l'hôpital Pitié.

SÉBILEAU, professeur d'oto-rhino-laryngologie, hôpital
Lariboisière.

DE LA PERSONNE, professeur d'ophtalmologie à l'hôpital
Hôtel-Dieu.

LEGUEU, professeur des maladies des voies urinaires à
l'hôpital Necker.

PIERRE MARIE, professeur des maladies nerveuses, hos-
pice Salpêtrière.

DUPRÉ (in memoriam) professeur des maladies mentales,
hospice Sainte-Anne.

BROCA, professeur de clinique chirurgicale infantile,
hôpital des Enfants-Malades.

MARFAN, professeur de clinique médicale de la Première
Enfance, hôpital Denfer-Rochereau.

RICHARDIÈRE, médecin de la Première Enfance à l'hô-
pital des Enfants-Malades.

NOBÉCOURT, professeur de clinique médicale infantile,
hôpital des Enfants-Malades.

BROCQ, professeur des maladies cutanées et syphilitiques,
hôpital Saint-Louis.

TEISSIER, professeur des maladies infectieuses, hôpital
Claude-Bernard.

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical de la tuberculose annexielle compte de plus en plus de partisans.

Il y a peu de chirurgiens abstentionnistes ou qui hésitent à prendre le bistouri lorsque le diagnostic a pu être fait avant l'opération. Peu de chirurgiens également qui referment le ventre lorsqu'ils sont en présence de grosses lésions tuberculeuses des trompes avec envahissement des organes voisins.

Mais, par contre, il y a beaucoup de médecins gynécologues qui évitent de faire opérer une salpingite lorsqu'ils en soupçonnent la nature tuberculeuse.

Que craignent-ils ? Pourquoi cette opinion ?

En théorie, leur idée est basée sur des raisons solides, qu'on peut résumer de la façon suivante :

Le chirurgien ne peut enlever la totalité des lésions tuberculeuses. Dans les cas graves et moyens pour lesquels seulement l'opération est en question, le chirurgien ne peut avoir la prétention de supprimer radicalement le bacille tuberculeux qui a envahi l'organisme.

Il enlève la plus grosse des lésions et aux prix d'un délabrement sérieux, pouvant avoir sa répercussion :

1° sur l'état général en provoquant parfois une poussée de granulie ou de méningite mortelle ;

2° sur les organes voisins du petit bassin en risquant des complications graves et même incurables, comme des fistules intestinales ou urinaires ;

3° sur les organes de la procréation qui sont supprimés, du fait de l'hystérectomie.

Contre ces raisons théoriques, il n'y a qu'à apporter des arguments de faits. C'est ce que nous essayons d'apporter dans cette thèse.

Depuis plus d'un an que nous suivons le service du professeur J. L. FAURE nous avons eu l'occasion de voir **des opérées de salpingite tuberculeuse**. Les résultats opératoires immédiats de ces opérations, souvent très difficiles, sont réellement très satisfaisants. Il est même étonnant de voir avec quelle facilité de telles malades supportent des opérations longues, difficiles, avec adhérences multiples, abcès rompus au cours des manœuvres opératoires, quelquefois, ouverture intestinale ou vésicale.

Les suites opératoires sont souvent longues, troublées parfois par des complications sérieuses, dont la plus fréquente est la fistule pyostercorale : puis, finalement, la malade sort cicatrisée et apparemment guérie de sa maladie.

Mais les médecins abstentionnistes nous diront que ces malades ne sont pas réellement guéries. Elles sont

guéries du traumatisme chirurgical, mais elles restent des tuberculeuses qui gardent leur bacille et ne tarderont pas à mourir d'une autre localisation tuberculeuse, de sorte que l'opération n'a produit qu'une amélioration factice et sans valeur réelle.

C'est à cette objection que nous essaierons de répondre par cette thèse.

Nous avons eu l'occasion de revoir à la consultation de l'hôpital Broca, des nombreux cas opérés dans ces dernières années et nous avons constaté de très belles guérisons qui paraissent définitives.

Nous avons souvent entendu le professeur J.-L. FAURE et son assistant, le docteur DOUAY, discuter cette question très débattue du traitement chirurgical de la tuberculose annexielle. Avec eux, nous pensons qu'il faut être interventionniste.

Lorsqu'on est en présence d'une salpingite qui, par son évolution particulière paraît être tuberculeuse (et quoique le diagnostic soit difficile, il y a cependant des symptômes qui permettent d'y penser), il vaut mieux opérer sans tarder, et de plus, il faut être radical dans l'intervention. La castration chirurgicale, et c'est là une opinion du docteur DOUAY, mettra la malade dans les meilleures conditions pour triompher des bacilles que l'opérateur a certainement laissés dans l'organisme, elle permettra à la malade de guérir de son infection tuberculeuse et cela sans grand dommage pour la fonction... car, quelle peut être la qualité des produits conceptionnels de tels utérus infectés à ce point par la tuberculose.

Les résultats éloignés que nous rapportons dans cette thèse sont en faveur de cette conception chirurgicale « intervention radicale dans tous les cas de tuberculose salpingo-ovarienne, diagnostiquée avant l'opération ou seulement soupçonnée avant l'opération et confirmée après laparatomie ».

Le docteur DOUAY qui nous a donné le sujet de cette thèse a bien voulu nous aider dans nos recherches et nous confier une très belle observation de sa clientèle privée. Nous l'en remercions bien sincèrement.

Puisse, ce modeste travail apporter sa contribution à la guérison chirurgicale de la tuberculose salpingo-ovarienne.

HISTORIQUE

L'histoire de la tuberculose annexielle remonte déjà à MORGAGNI en 1744. BROUARDEL, en 1865, sur 56 observations a fait la première étude. Depuis les auteurs divisent les salpingites tuberculeuses différemment : ainsi MARTIN, divise les salpingites en deux formes : la forme de salpingite pure et la forme de péritonite bacillaire.

JAYLE admet qu'à côté de la salpingite tuberculeuse pure il existe une salpingite tuberculeuse associée aux autres infections.

SCHWARTZ et P. MATHIEU, admettent, au point de vue anatomo-pathologique :

1° une forme à lésions superficielles séreuses avec des granulations et même des tubercules sur le péritoine ;

2° une forme avec prédominance des lésions sur la muqueuse ;

3° une forme interstitielle avec infiltration des parois de la trompe utérine.

REMILLY réunit 32 observations de salpingo-ovarites tuberculeuses et distingue un type à lésions tubaires prédominantes avec une forme modulaire, une forme interstitielle, une forme muqueuse hypertrophiante, une forme

d'annexite suppurée et une forme avec abcès froids de la trompe. Il décrit un autre type à prédominance des lésions péritonéales avec une forme miliaire, une forme adhésive, une forme caséuse et une forme suppurée.

Le professeur HARTMANN divise les salpingites tuberculeuses au point de vue clinique :

1° La forme d'annexite avec ou sans pelvi-péritonite, à crises peu violentes, évoluant par poussées sans atteinte sérieuse de l'état général.

2° La péritonite ascitique rarement rencontrée par M. HARTMANN, mais qui ne semble pas exceptionnelle d'après les renseignements pris par DEHAU dans le service du Professeur J.-L. FAURE.

3° La péritonite tuberculeuse fibro-caséuse à point de départ génital avec crises brusques, violentes avec poussées successives très douloureuses.

Cette variété se rapproche de la forme de salpingite tuberculeuse aiguë décrite dans la thèse de DEHAU sous l'inspiration du professeur J.-L. FAURE et du D^r DOUAY.

Dans ce court aperçu historique nous remarquons seulement la diversité d'opinions de tous les auteurs. Pourquoi cette diversité ? Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter les paroles de DEHAU : « Quoique la lésion bactériologique et histologique soit toujours la même, les lésions observées sont multiples et variées, différentes par leur localisation, leur évolution, les réactions de voisinage. Aussi, les formes décrites sont pratiquement difficiles à distinguer. Aucune affection n'est aussi polymorphe que la tuberculose annexielle masquée dans ses

symptômes, variée dans ses manifestations, changeante et capricieuse dans son évolution. Elle se charge de dépister tous les efforts des cliniciens et c'est pour cette raison que très étudiée et très bien connue elle reste et restera toujours obscure. »

Parmi ces formes, nous aurons surtout en vue dans ce travail les formes graves, surtout ulcéro-caséuses, forme d'annexite suppurée de REMILLY, forme associée tuberculo-infectieuse de JAYLE, forme fibro-caséuse avec péritonite tuberculeuse d'HARTMANN.

Car c'est dans ces formes que la guérison définitive est plus difficile à obtenir. D'une façon générale on peut dire que dans toutes ses formes, la tuberculose salpingo-ovarienne, peut guérir par un traitement radical : c'est le traitement chirurgical par hystérectomie totale ou sub-totale aussitôt le diagnostic supposé par l'étude clinique et confirmé au moment de l'opération.

ETIOLOGIE - PATHOGENIE

Nous ne savons rien de précis sur la voie suivie par le bacille tuberculeux pour envahir les trompes.

La plus ancienne théorie, celle de CONHEIM et HEGAR est la théorie de l'infection par voie ascendante. C'est peut-être encore la théorie la plus défendable, quoiqu'elle ait été sérieusement critiquée dans ces dernières années par beaucoup d'auteurs.

Par affection ascendante il faut s'entendre. Il ne s'agit pas d'une infection bacillaire à la manière d'un spermatozoïde capable de remonter les voies génitales jusqu'à l'ovaire ; il s'agit d'une infection ascendante de proche en proche, ou mieux encore par voie lymphatique sous muqueuse sorte de lymphagite réticulaire ou tronculaire.

Nous trouvons déjà cette même idée émise dans la thèse de DEHAU. Par une recherche attentive dans les observations on peut trouver avant l'éclosion des accidents salpingiens des troubles fonctionnels et généraux indiquant l'envahissement par le bacille tuberculeux des voies génitales, col et corps de l'utérus. Ces troubles

comme nous l'a fait remarquer le docteur DOUAY sont comparables à ce qu'on voit chez l'homme avant l'éclosion de l'orché-épididymite tuberculeuse sous forme d'urétrite sub-aigüe. Cette infection des voies génitales par le bacille tuberculeux se traduit par des pertes blanches sans cause apparente et par un retentissement sur l'état général, amaigrissement et signes d'imprégnations tuberculeuses.

Les bacilles tuberculeux peuvent encore pénétrer dans les trompes en venant des organes voisins et spécialement du péritoine : BOUILLY admet d'abord la localisation dans la trompe, ensuite l'infection péritonéale avec ascite essentielle.

On peut aussi soutenir le contraire. La trompe a pour mission de recueillir les sécrétions péritonéales et de les drainer à l'extérieur. A chaque rupture folliculaire, le « liquor folliculi » avec l'ovule libre, est capté par le pavillon et chassé vers l'utérus. Il est certain que si quelques bacilles peuvent passer dans la cavité péritonéale, il n'est pas irrationnel de les voir s'engager dans la trompe avec un peu de liquide péritonéal et se fixer sur la muqueuse. Or, est-il possible que des bacilles passent dans la cavité péritonéale en venant de l'intestin ?

La chose est possible soit par voie lymphatique soit directement au travers de la paroi intestinale.

Ce ne sont d'ailleurs là que des conceptions théoriques et sans grand intérêt pratique.

La voie classiquement admise est la voie sanguine ; c'est par le sang artériel que les bacilles de Koch arrivent

aux trompes et se localisent ainsi aux annexes. Dans ce cas, il faut ailleurs un chancre d'innoculation tuberculeuse et l'opération ne pourrait enlever la totalité des lésions ni prétendre guérir radicalement. Cette conception restreint singulièrement la thérapeutique chirurgicale. Dans le cas d'infection par la voie sanguine, il ne s'agit plus de guérir radicalement, mais d'enlever le foyer principal de l'infection génitale tuberculeuse. En réalité, il est rare de trouver la tuberculose génitale, secondaire à une autre lésion tuberculeuse en évolution et spécialement à la tuberculose pulmonaire.

Dans ce cas, il y aurait encore un certain intérêt à supprimer le foyer annexiel ce qui permettrait de favoriser la guérison des autres foyers tuberculeux. En général, la tuberculose annexielle est une forme localisée de la tuberculose, ce qu'on appelle une forme chirurgicale, c'est-à-dire qui permet d'escompter la guérison une fois le foyer tuberculeux enlevé radicalement par le bistouri.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La tuberculose annexielle est la localisation du bacille de la tuberculose sur les organes génitaux.

Cette localisation est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, car les lésions discrètes guérissent spontanément. Ce sont des cas qui passent inaperçus. Ce n'est que plus tard qu'on les retrouve cicatrisées aux cours des autopsies. Ce sont les cas que le chirurgien ne voit pas et qui ne rentrent pas dans les statistiques.

En second lieu il y a les cas de tuberculose annexielle avec ascite. L'ascite seule attire l'attention. La lésion annexielle qui en est cependant la cause première passe inaperçue. Si cette péritonite tuberculeuse, traitée médicalement, finit par guérir, ce cas n'entre pas dans la statistique de tuberculose annexielle.

En troisième lieu, les lésions macroscopiques ne portent pas toujours la marque de la tuberculose, il faut faire des examens microscopiques, pour trouver la cellule géante qui caractérise le follicule tuberculeux. Bien des salpingites sont opérées et considérées comme inflammatoires, alors qu'un examen histologique révélerait leur origine tuberculeuse.

Si comme WILLIAMS on fait cette recherche pour tous les cas de salpingites opérées, on est étonné de trouver des cas fréquents de tuberculose ignorée.

La statistique montre suivant les auteurs un pourcentage différent. Ainsi WILLIAMS trouve 7,90 % ; ROSTHORN, 4,80 % ; MARTIN, 2,7 ; HARTMANN en trouve 28 annexites tuberculeuses sur 1.150 cas. A l'hôpital Broca, DEHAU, dans sa thèse, relève pendant les années 1919 et 1920, 265 cas de salpingites, il trouve un pourcentage de 3,03 % d'annexites tuberculeuses. Mais pour certains auteurs (DUCUINZ et RIGAUD) cette recherche histologique ne serait pas suffisante : certains cas ne sont démontrés que par la recherche du bacille de Kocu et l'inoculation. C'est là un travail impossible à faire.

Nous avons recherché dans les livres de l'hôpital Broca le nombre des salpingites tuberculeuses opérées dans ces dernières années. Voici le résultat de nos recherches :

Pendant l'année 1920, nous trouvons 149 salpingites opérées, dont 3 tuberculeuses, avec deux diagnostics faits avant l'opération.

Comme suites, deux guérisons après 44 jours et 58 jours d'hospitalisation et un décès au 31^e jour, de septicémie tuberculeuse.

Pendant l'année 1921, nous trouvons 118 salpingites opérées dont 4 tuberculeuses, avec un diagnostic avant l'opération.

Les trois autres ont été opérées pour salpingite double avec soupçon de tuberculose dans deux cas.

Les quatre cas ont guéris, l'un très facilement après

18 jours de séjour à l'hôpital après l'opération, les trois autres après 75, 78 et 73 jours. Pendant l'année 1922, jusqu'au 22 mai, nous trouvons 94 opérations pour salpingite dont cinq tuberculeuses, avec un diagnostic fait avant l'opération, deux cas soupçonnés et deux cas opérés pour salpingite double non améliorées par le traitement médical.

Les suites opératoires ont été très favorables, elles ont guéri toutes les cinq sans complication : en 22 jours, 21 jours, 36 jours, 19 jours et 21 jours.

La statistique de Broca dans ces dernières années et portant sur 361 opérations de salpingite donne un nombre de 12 salpingites tuberculeuses, soit un pourcentage de 3,22 %.

Si nous envisageons spécialement la question au point de vue du traitement, il y a plus d'intérêt des classifications cliniques que des classifications anatomiques.

De très nombreuses classifications ont été proposées pour diviser les différentes formes des lésions salpingiennes. CHARLTON décrit :

- 1° une salpingite aigüe catarrhale et purulente ;
- 2° une salpingite chronique parenchymateuse, hypertrophique, végétante ou bien kystique ou caséo-purulente.

RIVES décrit une forme séreuse, une forme muqueuse et une forme interstitielle y comprenant le pyosalpinx tuberculeux. MARTIN propose la forme de péritonite tuberculeuse et la forme de salpingite tuberculeuse pure.

REMILLY, sur 28 observations, décrit une forme d'an-

nexité simple, une forme abdomino-génitale, et une forme avec fistules. Quoiqu'il en soit, la trompe paraît être le siège d'élection du bacille de KOCH. Et ceci se comprend en sachant l'irrigation naturelle de la trompe, qui est un territoire vasculaire, assez mal desservi par les branches de l'artère utérine et de l'artère ovarienne, comparables au sommet du poumon. Ainsi on peut décrire :

1° La tuberculose granulique ascitogène de la trompe, ou ascite essentielle des jeunes filles d'après BOUILLY :

2° La tuberculose lardacée de la trompe avec pelvi-péritonite adhésive. C'est dans cette forme qu'on peut observer l'évolution fibreuse ; c'est alors la salpingite fibreuse chronique de WILLIAMS, forme de guérison spontanée.

3° La tuberculose endo-salpingienne, limitée à la muqueuse et produisant plusieurs types cliniques.

La localisation bacillaire de l'ovaire est rare et la participation de l'ovaire est variable ; serait de 2,5 % d'après SIMMOND, de 13 % pour M^{lle} SCHAKOFF, et d'après d'autres auteurs, plus élevée, de 50 à 60 %. L'invasion se fait plus fréquemment par la voie sanguine.

Histologie. — Au point de vue histologique : la lésion pathognomonique est le follicule tuberculeux, avec ses trois zones concentriques : cellule géante, au centre, avec ses noyaux périphériques, puis la zone des cellules épithéloïdes, enfin couronne de cellules lymphoïdes.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

La tuberculose annexielle est toujours très difficile à dépister. L'histoire de la maladie, les antécédents personnels, héréditaires, les salpingites des jeunes filles, le traumatisme génital... (mariage, accouchement), les pertes blanches, sans caractères d'infection gonococcique, les signes d'imprégnation tuberculeuse doivent toujours être à l'esprit du chirurgien pour faire son diagnostic.

L'amaigrissement, les sueurs, la température oscillante et irrégulière, les masses annexielles dures, volumineuses et peu douloureuses au toucher vaginal sont également des renseignements en faveur de la tuberculose annexielle.

DE BOVIS, après BAZTERRIA a dit que l'on voyait très souvent dans la salpingite tuberculeuse des augmentations et des diminutions périodiques du volume des tumeurs annexielles.

Cliniquement, il n'y a aucun signe de certitude pour nous guider vers un diagnostic ferme et décisif de la tuberculose annexielle.

Les troubles dysménorrhéiques, avec diminution des règles, paraissent avoir un intérêt clinique, mais le diagnostic positif ne se fait qu'après l'opération par

l'examen macroscopique et microscopique. Les symptômes sont très variables suivant les cas observés : dans la forme habituelle de salpingo-ovarite tuberculeuse, les symptômes sont caractérisés par une évolution irrégulière, capricieuse, avec de grosses lésions constatables par le toucher, peu douloureuses, peu améliorées par la glace, davantage par l'eau chaude.

Dans la forme aiguë, on constate de grandes oscillations de la température, un état général grave, avec amaigrissement rapide. Par le toucher, on trouve de grosses masses de salpingites, dures, bosselées, relativement peu douloureuses. Dans le cas atténué, on est en présence d'une petite salpingite unilatérale qui paraît banale. Pour la forme ascitique, le diagnostic de tuberculose est facile, mais les lésions salpingiennes peuvent être insoupçonnées. Il faut au cours de la laparatomie pour ascite, jeter un coup d'œil dans le petit bassin, et si les trompes sont particulièrement malades, ce qui est très fréquent, il y a lieu de compléter l'opération par une hystérectomie sub-totale.

Dans la forme associée, les lésions intestinales sont très fréquentes, la malade peut présenter soit une symptomatologie d'une occlusion intestinale, soit celle d'une péricécalite et quelquefois les symptômes d'un rétrécissement intestinal. S'il y a des lésions urinaires, avec troubles du côté de la vessie ou du côté du rein, les signes génitaux peuvent passer au second plan.

PRONOSTIC

Les différentes statistiques et particulièrement celle de SIMMOND (1909) montrent que la tuberculose annexielle abandonnée à elle-même est d'un pronostic grave. Dans la grande majorité des cas, les lésions se généralisent, d'autres fois, ce sont des complications pulmonaires ou viscérales qui amènent la terminaison fatale, soit par méningite tuberculeuse, soit par péritonite généralisée et septicémie. Après l'opération, les suites opératoires ne restent pas sans danger pour la malade qui garde des bacilles capables de produire une généralisation tuberculeuse. Donc, le pronostic dépend de l'opération qui doit être faite aussitôt le diagnostic soupçonné pour enrayer le foyer en évolution.

Il dépend aussi des soins post-opératoires. Le traitement médical devant être poursuivi pendant plusieurs années.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Etant donné que les résultats opératoires sont dans la grande majorité des cas très satisfaisants, l'opération s'impose aussitôt le diagnostic soupçonné ou confirmé. D'une façon générale, pour lutter contre le foyer tuberculeux, il faut le supprimer chirurgicalement. L'organisme ne demande qu'à se défendre et à lutter contre les bacilles qui peuvent rester après l'exérèse du foyer principal.

CONDITIONS DU SUCCES CHIRURGICAL

ROLE DE LA LAPARATOMIE. — Quoi qu'il soit encore obscur, il est absolument certain. Ce traitement est efficace dans l'ascite (péritonite tuberculeuse à forme ascitique). Aussi, faut-il faire l'incision médiane, large, de façon à laisser pénétrer largement l'air et la lumière dans le péritoine et le petit bassin.

L'ÉTENDUE DE L'EXÉRÈSE. — La règle, dans tout traitement par le bistouri d'une tuberculose chirurgicale est d'enlever la totalité du foyer. Mais, il n'est pas

absolument nécessaire de passer en tissu sain, comme pour l'exérèse d'un cancer. Il suffit d'enlever le foyer tuberculeux principal.

Si les deux trompes sont malades, c'est l'hystérectomie subtotale. Si le col est suspect de tuberculose, c'est l'hystérectomie totale.

La question est plus délicate si l'intestin est envahi. En général, en cas de résection intestinale, il faut agir, avec beaucoup de ménagements ; si l'intestin se trouve envahi par contact d'une façon superficielle, on doit faire seulement des attouchements avec de l'éther et de la teinture d'iode. S'il y a perforation de l'intestin, la suture et l'enfouissement en deux étapes sont indiqués.

Ce n'est que dans le cas de perforations multiples que la résection est nécessaire.

Si nous sommes en présence de lésions de la vessie, on doit éviter avec soin sa perforation. Si cet accident se produit, recourir à la suture et l'enfouissement.

L'IMPORTANCE DE LA CASTRATION DOUBLE.

— Lorsque des lésions se trouvent localisées à une annexe, on fait la castration unilatérale et des guérisons sont fréquemment observées. Malheureusement peu d'observations avec résultats éloignés sont constatées. On peut se demander si l'autre côté ne se prendra pas à son tour. Presque toujours, dans les formes sérieuses, nécessitant l'opération, les deux côtés sont pris, l'un plus tardivement et d'une façon moins forte. Dans ce cas il ne faut pas être trop conservateur.

La castration double met la malade en bon état de guérir de tuberculose, favorise les phénomènes congestifs éminemment défavorables à l'évolution de la tuberculose, facilite l'embonpoint et lutte contre la dénutrition tuberculeuse, elle diminue aussi les désirs génésiques. La fatigue liée aux excitations génitales se trouve supprimée de ce fait.

LA QUESTION DES LIGATURES. — Dans le cas de pédicules épais et friables on fait la ligature à fils passés dans les tissus péri-vasculaires, suivant la méthode habituelle de J.-L. FAURE.

LA QUESTION DU DRAINAGE. — En général, on fait à l'hôpital Broca en cas de salpingite tuberculeuse, peu ou pas de drainage : on ferme complètement la paroi pour éviter la fistule. Cependant, cette crainte ne doit pas être exagérée. Dans les cas très difficiles, le pansement à la MIKULICZ est indiqué, car il évite la mort post-opératoire. Favorise-t-il les fistules intestinales ? C'est probable. Quoique dans notre Observation I avec participation de l'intestin le MIKULICZ a été appliqué le neuvième jour le sac de MIKULICZ est enlevé sans peine et sans fistule intestinale. Favorise-t-il l'éventration ? C'est certain. Quoique des cas nombreux, sans hernie aient été observés.

LA QUESTION DU TRAITEMENT MEDICAL POST-OPÉRATOIRE ET DE L'HÉLIOTHÉRAPIE.

— Le traitement médical doit être poursuivi pendant plusieurs années (cacodylate de soude à haute dose, 0,50

par jour, etc.), avec un séjour prolongé au bord de la mer.

Le TRAITEMENT des FISTULES STERCORALES.

— La guérison de ces fistules est habituelle après une ou plusieurs opérations. Après injection de bleu de méthylène, on pratique l'incision de l'orifice fistuleux qui est disséqué jusqu'à l'intestin malade et une résection partielle de la paroi intestinale avec suture en deux plans donne des guérisons définitives. Très souvent on observe également des guérisons spontanées de ces fistules stercorales.

Les fistules portant sur l'intestin grêle sont beaucoup plus graves. Notre Observation II est un beau cas de guérison opératoire de cette variété de fistule.

OBSERVATION I (Inédite, D^r DOUAY)

M^{me} G. D., 43 ans. Pas d'antécédent tuberculeux. Mari bien portant. Réglée à 11 ans $\frac{1}{2}$ normalement jusqu'à 17 ans. Mariée, les règles deviennent irrégulières et peu abondantes. Examinée à ce sujet, on découvre une lésion des annexes droites, on parle de kyste de l'ovaire (professeur Pozzi), par la suite, ce soi-disant kyste a disparu spontanément. Plusieurs spécialistes sont ensuite consultés à cause de la stérilité. Elle fait successivement des cures thermales à Salies-de-Béarn, à Plombières, à Luxeuil, puis à Châtel-Guyon, à cause de sa constipation opiniâtre. Soignée pour insuffisance ovarienne, elle suit pendant plusieurs années un traitement opothérapique. En 1909, à 29 ans, on fait une dilation du col et un curetage. A ce moment, on constate que l'ovaire gauche est gros, mais sans douleur. Quoiqu'il en soit, la malade n'a jamais eu de début de grossesse.

Début. En mai 1920, apparaissent quelques douleurs dans le côté gauche, un examen (docteur DOUAY) montre une tuméfaction annexielle gauche très peu sensible, on parle de salpingite kystique ou de salpingo-ovarite. On prescrit un traitement médical.

En juillet 1920, une violente entérite apparaît, à début brusque, la fièvre monte en deux jours à 39°5. Ventre ballonné et sensible, diarrhée, puis constipation. Le médecin de la famille pense à une fièvre typhoïde, mais le séro-diagnostic reste négatif. On fait une hémoculture également négative. On cherche s'il ne s'agit pas de fièvre typhoïde, toujours sans résultat. Appelé à ce moment, je (D^r DOUAY) suis frappé par l'irrégularité de la courbe de température oscillante autour de 39°, de l'amaigrissement rapide, du ballonnement du ventre avec constipation, Je constate au toucher que la salpingo-ovarite gauche a grossi depuis mon dernier examen, mais je ne peux admettre que cette lésion soit la cause de l'état fébrile. Je pense à une entérite grippale. Une amélioration se produit pendant un mois, puis rechute fin août ; la salpingite a encore augmenté, elle comprime le rectum, constipation tenace avec glaire, un peu de sang. On songe à un moment à une tumeur de l'S iliaque et une rectoscopie montre une compression extrinsèque avec muqueuse rectale saine. La glace est mal tolérée, au contraire les cataplasmes chauds calment très bien les douleurs. L'état général s'aggrave de jour en jour, avec sensation d'affaiblissement, absence complète d'appétit, teint subictérique. On propose une opération qui fixera le diagnostic et permettra d'agir en conséquence.

Quelques jours plus tard, une partie de la masse dure se ramollit et donne la sensation d'un abcès collecté dans le Douglas. Cette fois, il faut opérer et la malade entre dans une maison de santé ; l'opération est faite le jour même (3 octobre 1920). Une colpotomie sous chlorure d'éthyle donne issue à une petite quantité de pus sans odeur. La fièvre tombe de 38°5 à 37°5, mais remonte les jours suivants.

Deuxième opération le 14 octobre (anesthésie au mélange de Schleich, D^r DOUAY). Le péritoine ouvert, on constate de nombreuses granulations sur la trompe droite, sur l'utérus, toute la partie gauche est remplie par une grosse masse annexielle entourant l'S iliaque. On fait l'hystérectomie subtotale, procédé de Kelly, en commençant par la droite. L'annexe gauche, très adhérente, est séparée millimètre par millimètre de la paroi du colon. On tombe ensuite dans l'abcès déjà ouvert par colpotomie et rempli de masses caséuses en voie de ramollissement. Drainage vaginal et petit Mikulicz abdominal.

L'examen de la pièce montre :

1° un gros utérus avec granulations tuberculeuses sur la séreuse ;

2° à droite, une salpingite tuberculeuse récente avec nombreuses granulations et une salpingite tuberculeuse très ancienne représentée par un noyau crétacé du volume d'un noyau de cerise, siégeant à deux centimètres du pavillon, d'ailleurs oblitéré ;

3° une volumineuse masse salpingo-ovarienne tuberculeuse gauche, avec masses caséuses et petits abcès ramollis.

Les lésions sont autant ovarienne que tubaire.

Examen histologique : lésions tuberculeuses à différents stades. Tubercules jeunes avec cellule géante, masses caséuses avec cellules nécrosées et ramollissement général.

Suites opératoires. Aucune réaction abdominale, température presque normale, mais état grave 48 heures nécessitant sérum, adrénaline, huile camphrée, etc. ; l'état s'améliore rapidement, la suppuration n'est pas très abondante, le sac de Mikulicz est enlevé le 9^e jour sans peine et sans fistule intestinale. La cavité se referme rapidement d'abord, puis très lentement. Sortie le 28 novembre, presque cicatrisée, il reste une petite fistule qui pendant des mois donne un peu de pus. Ce trajet communique avec le vagin, l'éther iodoformé passe par le vagin. Ce n'est qu'au mois de mai que la cicatrice est obtenue.

Pendant toute cette longue période de convalescences, un traitement médical (cacodylate, etc.) a été institué avec un séjour prolongé au bord de la mer. La malade revient peu à peu à la santé, de mois en mois les progrès se font sentir et la balance montre une augmentation de poids de un kilo par mois, soit 12 kilos en un an.

Actuellement, un an et demi après l'opération, l'état général est très bon, la malade se plaint seulement de la constipation qui, d'ailleurs, l'a toujours tourmentée ; très peu de bouffées de chaleur.

La cicatrice est très belle, sans éventration, sans dépression, seulement un peu élargie au Mikulicz.

La cicatrice vaginale au niveau de la colpotomie est à peine visible. Le rectum à 8 à 9 centimètres à l'anus est comme bridé par un tissu plus résistant. Une rectoscopie est faite, on trouve de 10 à 12 centimètres de l'anus une zone moins large, très légèrement rétrécie, sans lésion de la muqueuse. Il s'agit de périsignoidite. Au-delà de 12 centimètres, le calibre devient normal.

Il est facile, après coup, de rétablir la succession des faits.

Chez cette malade, la tuberculose, en trois étapes successives a produit :

1° Lésion ancienne calcifiée de salpingite tuberculeuse droite ;

2° lésion récente de salpingo-ovarite tuberculeuse subaiguë gauche ;

3° Poussée aiguë de granulie entéro-génitale avec ramollissement et abcès des lésions tuberculeuses salpingo-ovariennes.

Il s'agissait donc d'une forme grave de tuberculose génitale avec tendance à la généralisation.

Il est certain que l'opération n'a pu enlever que les lésions les plus importantes et cependant la malade a guéri et est restée guérie jusqu'à ce jour, un an et demi après l'opération.

De cette observation nous pouvons tirer quelques remarques :

1°) Une salpingite ancienne tuberculeuse peut guérir spontanément par calcification, ne laissant sur la trompe qu'un noyau crétacé.

Dans les antécédents nous trouvons à l'âge de 18 ans une annexite peu douloureuse, prise à ce moment pour un petit kyste de l'ovaire et qui a rétrogradé par la suite. Comme symptômes nous notons l'aménorrhée relative et la stérilité malgré tous les efforts faits en vue d'obtenir une grossesse. Pendant 24 ans cette lésion guérie a pu rester latente et serait restée complètement inconnue si une deuxième phase n'était survenue dans ce cas clinique.

2°) Cette deuxième phase est-elle un réveil de la première lésion ou une deuxième infection du bacille tuberculeux. Les deux hypothèses sont possibles. L'avertissement qu'on peut en tirer est qu'il faut être très réservé quand on parle de guérison de la tuberculose. La tuberculose ne guérit pas, la lésion se cicatrise pour un temps plus ou moins long. La tuberculose ne vaccine pas l'individu et une deuxième infection peut se produire sur un individu qui a réussi à guérir d'une première contamination.

Quelle est la cause de ce réveil tardif à 42 ans de l'infection tuberculeuse ?

La malade nous a dit que pendant deux ans elle est restée dans le Nord, dans les pays occupés, subissant des privations de toute sorte, elle fut ensuite rapatriée en mauvais état général ; c'est à ce moment que débute la salpingite kystique gauche. Il est possible que l'insuffisance de l'état général ait prédisposé la malade à la tuberculose. Y avait-il à ce moment quelques symptômes en faveur de la tuberculose ?

Aucun, sauf des raisons négatives ; à 42 ans, sans aucune raison, sans infection gonococcique ou autre, il est rare d'observer une salpingite banale.

3°) Pendant la troisième phase, aigüe, de granulie entéro-génitale, on pense à la fièvre typhoïde. C'est là un symptôme très important et qui n'est pas rare dans l'évolution des salpingo-ovarites tuberculeuses.

La salpingite banale ne touche pas l'intestin. Quand on observe un symptôme intestinal, c'est la constipation. Quand on observe la diarrhée avec fièvre, il faut penser à la tuberculose. Les signes ne sont pas absolument analogues à cause de la fièvre typhoïde, la température est plus capricieuse et les recherches du laboratoire restent négatives.

En même temps que les symptômes intestinaux, apparaissent les symptômes génitaux.

Après coup, on retrouve dans ces symptômes les signes habituels de la tuberculose annexielle et qui auraient permis peut être à ce moment de faire le diagnostic. C'est l'apparition progressive de masses annexielles volumineuses et cependant peu douloureuses, dures au point de comprimer l'S iliaque et d'en imposer pour une tumeur du colon pelvien.

L'évolution est capricieuse et irrégulière et le traitement médical n'a pas l'effet salulaire qu'on observe habituellement. La glace est mal tolérée et c'est surtout les applications chaudes qui calment les douleurs. Tous ces signes ont été déjà signalés par les auteurs et nous les retrouvons dans la thèse de DEHAU sous l'inspiration de DOUAY.

4°) Une dernière phase apparaît, celle du ramollissement des masses tuberculeuses et donnent lieu à un abcès du Douglas.

Le diagnostic n'est pas encore fait à ce moment, et cependant cet abcès peu douloureux se formant presque sans fièvre, descendant très bas dans le Douglas a bien les caractères d'un abcès froid. La colpotomie donne très peu de pus, sans odeur et ne s'accompagne pas de l'amélioration habituelle.

5° Le diagnostic n'est fait qu'à l'opération, après constatation de granulations typiques sur le péritoine pelvien.

Au cours de l'opération, on eut de grandes difficultés pour séparer l'annexe gauche de l'S iliaque, on y parvint cependant sans fistule immédiate ni tardive. Il semble bien que l'intestin envahi par contact, se soit guéri complètement, ne gardant comme séquelle de ces lésions qu'un peu de péri-sigmoïdite. Il n'y a donc pas lieu de faire des résections intes-

tinales quand la paroi de l'intestin paraît envahie. Ces lésions peuvent guérir ultérieurement.

Remarquons enfin que le pansement à la Mikulicz a été parfaitement toléré et n'a pas gêné la cicatrisation, puisque, un an et demi après l'opération, la cicatrice est solide, sans éventration.

OBSERVATION II (*Inédite*)

Hôpital Broca (Service du Professeur J.-L. Faure)

Salpingite double. — Tuberculose opérée le 16 juillet 1919

Guérison après 4 opérations

Marie-Louise L..., 20 ans, couturière, entrée le 28 juin 1919 à l'hôpital Broca, pour douleurs dans le ventre, surtout à droite. Température 38°.

Antécédents héréditaires. Père mort de tuberculose à 44 ans, mère bien portante, 5 enfants, un frère mort de tuberculose, un autre est dans un sanatorium.

Antécédents personnels, rougeole, pas de maladies importantes. Il y a 3 ans, gastro-entérite, il y a un an, salpingite. Réglée à 16 ans, règles irrégulières, peu abondantes, douloureuses ; pas d'enfant, pas de fausses couches, pas de blennorrhagie.

Début : depuis un mois et demi, douleurs vives, surtout à droite, qui l'obligent à s'aliter, irradiations dans les reins et dans les cuisses. Pas de vomissements, constipation, fièvre, sueurs, amaigrissement.

Examen. Utérus immobilisé par des masses annexielles bilatérales, la droite est du volume du poing : cul de sac tendu et douloureux.

Diagnostic : salpingite double (peut-être bacillaire).

Début : après 15 jours de repos au lit, la fièvre est moins

élevée, au-dessous de 38°, mais les lésions pelviennes n'ont pas rétrocedé.

Dans ces conditions, absence d'amélioration par le traitement médical, soupçon de tuberculose génitale, malgré l'âge jeune de la malade. L'opération est décidée.

Opérée le 16 juillet : Hystérectomie abdominale subtotale par hémisécction.

Adhérences multiples de l'épiploon, du grêle et du gros intestin. Adhérences épaisses, vasculaires, avec zones ramollies. plusieurs petits abcès sont ouverts. Très peu de granulations apparentes.

Il s'agit macroscopiquement d'une salpingite tuberculeuse avec pelvi-péritonite de même origine (forme caséeuse).

L'opération est difficile, Suture partielle de la paroi et tamponnement à la Mikulicz.

Suites graves pendant 4 ou 5 jours.

Au huitième jour, fistule stercorale de l'intestin grêle. Amélioration progressive, mais la fistule persiste, la peau du ventre autour de la fistule présente des ulcérations atrocement douloureuses.

Après plusieurs essais, c'est une pâte à l'oxyde de zinc et ichtyol qui protège le mieux la peau et calme les douleurs.

En octobre, la malade est en bon état et on décide de l'opérer pour fermer la fistule pyostercorale.

Opération le 30 octobre 1919, par J.-L. FAURE. Après injection de bleu de méthylène dans le trajet, incision de l'orifice fistuleux qui est disséqué jusqu'à l'anse grêle malade.

Résection partielle de la paroi intestinale qui est suturée en deux plans. Fermeture partielle de la paroi abdominale, mèche, suites favorables : réunion presque complète, mais il sort encore des gaz.

Opération le 4 mai (FAURE). Excision de l'orifice cutané et du trajet de la fistule. Dissection de la fistule qui chemine entre les anses grêles et qui aboutit à une anse intestinale profonde (peut-être le colon pelvien). Excision des bords et

suture des muscles. Cette dissection est facilitée par une injection de bleu de méthylène (D^r DOUAY).

Suites favorables. Fermeture de la fistule 1 mois et demi après.

Opération le 14 février 1922 pour éventration (FAURE). Etat général excellent. Cicatrice souple. La fistule est restée fermée, mais il y a une grosse éventration avec orifice relativement étroit.

Après ouverture du sac, quelques adhérences du grêle faciles à détacher ou à exciser, la cavité abdominale apparaît saine. Le petit bassin est libre dans sa presque totalité. Aucune trace de tuberculose.

Suites favorables. Sortie le 5 mars 1922 complètement guérie.

Ce qui est remarquable, dans cette observation, c'est la guérison complète de la tuberculose; cette guérison a pu être constatée au cours de la laparatomie faite pour éventration deux ans et demi après l'hystérectomie.

OBSERVATION III

(Inédite dans ses suites tardives)

Cette observation a été publiée en détails dans la thèse de DEHAU, 1920, « La salpingite tuberculeuse aiguë ». La malade avait été suivie pendant dix mois, jusqu'en octobre 1920; il existait encore à ce moment une petite fistule pyostercorale. Nous avons pu suivre cette malade jusqu'à mars 1922. La guérison est maintenant complète.

Voilà le résumé de cette observation.

M^{me} CH., 26 ans, entre à Broca le 11 novembre 1919 pour salpingite ou hématoçèle. En novembre 1918, douleurs abdominales, on pense à l'appendicite.

En septembre 1919, fatigue avec nausées, vomissements, vertiges, douleurs, elle se croit enceinte, les règles viennent moins abondantes.

1^{er} novembre. Douleur violente, 39°, frissons, entre à l'hôpital. On trouve un utérus repoussé en avant par une masse annexielle située dans le Douglas, masse irrégulière, se continuant à gauche. Après quelques jours d'accalmie, reprise des accidents aigus. Le 8 décembre, 39°3, avec oscillations irrégulières. Le côté droit est maintenant envahi. On rejette le diagnostic d'hématocèle, pour celui de salpingite double et on discute la tuberculose. Les principaux symptômes qui firent supposer la tuberculose furent : l'accroissement progressif des lésions locales qui deviennent bilatérales malgré le repos et le traitement médical ; la consistance ferme et inégale, l'allure capricieuse de la courbe thermique.

Opération le 23 décembre 1919. Granulation sur le péritoine. Salpingite double très adhérente, nécessitant l'hémisection utérine pour faciliter l'hystérectomie subtotale. Tamponnement à la Mikulicz.

Examen de laboratoire : Salpingite miliaire et caséuse.

Suites opératoires satisfaisantes. Le sac est enlevé le 12^e jour, on constate un peu de matières fécales au fond de la plaie. Cicatrisation régulière, mais il reste une petite fistule avec émission de gaz.

Mai 1920. Débridement de la fistule, curettage des fongosités.

Octobre. Fistule sans pus avec quelques gaz. Etat général très bon.

Revue en octobre 1921. La fistule est complètement fermée. La malade a suivi avec persévérance un traitement héliothérapique comme le prouve la coloration brune de la peau du ventre.

La malade a beaucoup grossi depuis son opération, plus de 15 kilos.

Au toucher. Petit bassin libre, col atrophié, mobile et souple.

Revue février 1922. Etat général toujours excellent. La cicatrice abdominale est souple, mais élargie à la partie inférieure, où il existe une petite hernie. Il y a lieu, maintenant,

que la fistule est bien fermée depuis six mois, d'opérer cette petite éventration.

En mars 1922, on sent un peu d'induration dans le cul de sac latéral droit, indolore.

En mai 1922, cette induration a disparu. L'état local est excellent ; à part la petite hernie de la grosseur d'une noix siégeant à la partie inférieure de la cicatrice, il n'y a aucune séquelle de la tuberculose opérée en 1919. La malade est robuste, très bien portante. Elle a repris depuis un an et demi ses occupations habituelles. Elle ne suit plus aucun traitement. Elle demande de reporter à plus tard la cure de son éventration.

CONCLUSIONS

1°) Le traitement chirurgical de la tuberculose annexielle peut donner lieu à des difficultés opératoires et à des complications immédiates et tardives ;

2°) Ces difficultés, en général, ne sont pas insurmontables et les résultats obtenus sont très satisfaisants ;

3°) Les résultats éloignés doivent pousser le chirurgien à s'engager dans le traitement opératoire de cette affection.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
J.-L. FAURE.

Vu : *Le Doyen,*
H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Contribution à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme (Rapport de Picqué, *Bull. et Mém., Société de chirurgie de Paris*, 1913).
- Deux formes de tuberculose génitale chez la femme (*Gynécologie*, Paris 1912).
- ALBERTIN. — Grossesse tubaire et tuberculose annexielle, sur la difficulté du diagnostic (*Lyon Médical*, 1911).
- ALBAUME. — Rapport de la tuberculose génitale chez la femme avec les malformations et les tumeurs de l'appareil génital (Thèse de Paris, 1907-1908).
- ARCHAMBAULT. — Tuberculose de la trompe et fibromyome tuberculisé (*Gazette des Hôpitaux*, 1907, p. 305).
- ARRIVAT. — A propos d'un cas de tuberculose annexielle (*Montpellier Médical*, juillet 1913).
- BARDELEBEN. — Traitement chirurgical de la tuberculose gynécologique (Congrès international de la tuberculose, Rome 1912).
- BÉRARD. — Castration pour la tuberculose annexielle (*Lyon Médical*, 1913).
- BERNHEIM. — Tuberculose primitive des organes génitaux de la femme (*Belgique Médicale*, 1900, n° 38).
- BERTRAND. — Des abcès froids tubaires (Thèse de Lyon, 1908).
- BILLIG (M^{lle}). — Contribution à l'étude de la tuberculose utéro-annexielle (Thèse de Montpellier, 1914).
- BOVIS (de). — Diagnostic des salpingites tuberculeuses (*Sem. Médicale*, sept. 1913).
- BROUARDEL. — Tuberculisation des organes génitaux de la femme (Thèse de Paris, 1865).

- CAZENEUVE. — *De la tuberculose des annexes* (Thèse de Montpellier, 1901).
- CHAUFONT. — *La tuberculose annexielle* (Thèse de Paris, 1905).
- COTTE. — *Dysménorrhée d'origine tuberculeuse* (*Gazette des Hôpitaux*, octobre 1909).
- COUSYN. — *Etude de la tuberculose de l'utérus et de ses annexes* (Thèse de Paris, 1903).
- DALCHE. — *Tuberculose de l'appareil génital chez la femme* (*Rev. gén. de clinique et de Thérap. de Paris*, 1911).
- DAURIOS. — *Contribution à l'étude de la tuberculose de l'appareil génital chez la femme* (Thèse de Paris, 1889).
- LE DENTU. — *Tuberculose annexielle* (*Semaine gynéco.* n° 17, 1901).
- DESGOUTTES ET OLIVIERI. — *Rôle des lésions intestinales dans le pronostic opératoire des annexites tuberculeuses* (*Lyon Médical*, mars 1913).
- DERVAUX. — *Tuberculose génitale de la femme et ses complications péritonéales* (Thèse de Paris, 1902).
- FAURE (J.-L.). — *Congrès international de gyn. et d'obst. de Rome, 1902.*
- GOROWITZ (M^{lle}). — *De la tuberculose génitale de la femme* (Thèse de Paris, 1900).
- HANSEMAN in MURPHY. — *Tuberculose des organes génitaux et du péritoine de la femme* (*Améric. Journal of. obst.*, déc. 1903).
- HARTMANN, BERGERET ET REMILLY. — *Quelques réflexions sur la tuberculose salpingo-ovarienne* (*Journal de gyn. et d'obst.*, t. II, n° 1, 1920).
- JAYLE. — *La tuberculose de la trompe* (*Presse médicale* du 21 juin 1913, n° 51).
- LABHARDT. — *Contribution à l'étude de la tuberculose génitale et péritonéale* (*Zurt für geb. u. gyn.* 1912, in *sem. médic.*, 1912).

- LAPEYRE. — *Traitement de la tuberculose génitale de la femme* (Congrès international de la tuberculose, Rome, 1912).
- LAURENCE. — Tuberculose génitale (*Journal des Praticiens*, 1919, p. 575).
- LEA. — Tuberculose des trompes (*North of England obst. and gyn. Society*, 17 mars 1905, analysé in *Rev. de gyn.*, 1905, p. 747).
- LENORMANT. — La tuberculose génitale de la femme (*Progrès médical*, Paris 1909 et *Gazette de Gynécologie*, 1909).
- MARTIN. — Génitale tuberculose (*the journal american association*, septembre 1908).
- MARTIN. — *De la salpingite tuberculeuse* (Thèse de Lyon, 1904).
- MATHIEU (Ch.). — *Contribution à l'étude de la périannexite tuberculeuse* (Thèse de Paris, 1900).
- MAUCLAIRE. — Tuberculose génitale de la femme (*Revue internationale de la tuberculose*, Paris, 1912).
- MENETRIER. — Endométrite et salpingite tuberculeuse (*Société anatomique*, 1889, p. 475).
- MOORE. — Tuberculose génitale (*Surgery gynecology and obstetric*, juillet 1919).
- MULLER. — Die genital tuberculose der Weiber (*Arch. für gynæck*, 1920, t. CXII, p. 317).
- MURPHY. — Tuberculosis of the female genitalia and peritonem (*Chicago Surgical Society*, octobre 1903).
- OLLIVIER. — *Le traitement de la tuberculose annexielle* (Thèse de Lyon, 1912).
- PATEL. — *Traitement de la tuberculose génitale chez la femme* (*Annales de gynécologie et obst.*, 1912, p. 331).
- PATEL ET OLLIVIER. — Thérapeutique conservatrice dans le traitement de la tuberculose annexielle (*Revue de gynéc. et de chirurgie abdominale*, juillet 1913).
- PESTALLOZA. — *Traitement chirurgical de la tuberculose génitale de la femme* (Congrès international de la tuberculose, Rome 1912).

- PIOTROWSKA. — *Des fistules pyo-stercorales survenant après la tuberculose des annexes et leur traitement* (Thèse Lausanne, 1902, et *gynec. Helvetius* IV, p. 138, 1904).
- POLOSSON in JAMAIN ET VIOLET. — Quelques cas de tuberculose génitale chez la femme (*Lyon méd.*, 1904, t. CIII, p. 451).
- PONCET ET LERICHE. — Tuberculose inflammatoire de l'appareil utéro-annexiel (*Tribune médicale*, juin 1910).
- REMILLY. — *Sur 32 observations de femmes opérées pour tuberculose génitale* (Thèse de Paris, 1920).
- RENAUD (M.). — Tuberculose génitale et péritonéale (*Société anatomique*, Paris, 1909).
- REYNIER. — Tuberculose utéro-annexielle (*Société de chirurgie*, juin 1905). — Tuberculose de l'appareil tubo-ovarien de la femme (*Sem. gynec. de Paris*, 1912).
- RIVES. — *Tuberculose des annexes de l'utérus* (Thèse de Montpellier, 1909).
- ROUTIER. — *Tuberculose des organes génitaux de la femme d'origine ascendante* (Thèse de Paris, 1909).
- ROUVILLE (de). — A propos de trois cas de tuberculose annexielle (*Montpellier médical*, 1913).
- SALLE ET FORRAZ. — Tuberculose annexielle (*Gazette des hôpitaux*, 14 décembre 1912).
- TAVERNIER. — Tuberculose utéro-annexielle (*Société de chirurgie de Lyon*, mai 1905).
- TERRILLON. — Salpingite tuberculeuse (*Bulletin médical*, p. 867).
- TODOSKI. — *Tuberculose de l'ovaire* (Thèse de Montpellier, 1913).
- TURNER. — Sur la tuberculose génitale chez la femme (*Obst. soc. London*, 1900, in *Americ*, 1 of, obst., 1900, p. 14).
- WAGNER. — *Traitement chirurgical de la tuberculose génitale* (*Congrès international de la tuberculose*, Rome, 1912).
-